

Wie gute Nachbarschaft heilt:
Zur sozialen Genese von Krankheit und Heilung

Klaus Dörner

Natürlich wurden seit den wilden 68er Jahren etwa in der Bewegung der Gesundheitsläden die Themen Gesundheit und Nachbarschaft zusammengedacht. Die Wirkung beschränkte sich freilich auf ein kleines Segment alternativer Gesunder. Mit der heutigen Veranstaltung fordern wir – vielleicht erstmals –, ernsthaft danach zu fragen, ob wir nicht für die zukünftig sich noch dramatischer ausbreitenden Sorgebedürfnisse im Gesundheitssystem unserer Gesellschaft notgedrungen das Nachbarschaftspotenzial aller Bürger, insbesondere für die Kränksten unter ihnen, brauchen werden? Allein schon die Frage zu stellen, verlangt Mut, weil man damit leicht für verrückt erklärt wird. Spontan würden doch fast alle etwa so darauf reagieren: „Das ist eine rückwärtsgewandte, zumindest sozialromantische, wenn nicht sogar ewiggestrige, in jedem Fall aber eine bescheuerte Frage; denn wir sind doch froh, dass die Fortschritte der Modernisierung, die Institutionalisierung und Professionalisierung des Hilfebedarfs uns von dem Lästigen und den Lasten der früheren Nachbarschaft entlastet haben, zugunsten von mehr Selbstbestimmung und Freiheitsgewinn. Und selbst wenn man das wollte, wäre das lächerlich verlorene Liebesmüh’, weil alle Menschen – vielleicht außer mir – viel zu gesundegoistisch und autonom sind, um ihre kostbare Zeit Anderen zu geben; schließlich ist time doch money.“

Allerdings gibt es auch Gründe, die für die Ernsthaftigkeit dieser Frage sprechen:

1. So gibt es seit 1980 kein nennenswertes Wirtschaftswachstum mehr, nachdem wir 150 Jahre glauben konnten, dass endlos steigendes Wachstum selbstverständlich ist und daher alle künftigen Bedürfnisse abdecken kann. Ebenfalls seit 1980 aber beißen sich alle Gesundheitsreformen die Zähne daran aus, die Kosten für das Gesundheits- und Sozialsystem in den Griff zu kriegen, weil man den Bürgern – anders als bisher – nicht einfach noch mehr Geld über Steuern und Beiträge aus der Tasche

ziehen kann, obwohl der Hilfsbedarf weiterhin steigt, nicht nur wegen des Fortschritts unseres längeren Lebens. Nun gibt es aber exakt nur zwei Wege des Helfens: entweder die Bürger kaufen sich davon frei, indem sie andere – als Profis – dafür bezahlen, oder sie tun es selbst; entweder man gibt Geld oder Zeit. Wenn wir soweit gedacht haben, fällt uns zudem ein, dass das bürgerbezahlte Hilfesystem gerade mal nur schlappe 100 Jahre funktioniert hat, von 1880 bis 1980, während die Bürger in der gesamten sonstigen Menschheitsgeschichte einen überdurchschnittlichen Hilfebedarf immer nur mit ihrer Zeit, also nachbarschaftlich = solidarisch abgedeckt haben. Spätestens jetzt muss uns dämmern, dass wir unserem zukünftigen Hilfebedarf nur mit Hilfe beider Währungen – Geld und Zeit – gerecht werden können.

2. Der Regierungsberater Prof. K. Lauterbach hat am 21.04.4 in Bielefeld berichtet, dass die bisherigen Gesundheitsreformen nicht recht greifen könnten, weil wir uns vor der Grundsatzentscheidung drücken, ob wir ein markt-gesteuertes Gesundheitssystem mit mehr Spitzenleistungen nicht mehr für alle, je nach der eigenen Finanzkraft, haben wollten, oder weiterhin ein solidarisches Gesundheitssystem für alle, wenn auch mit mehr Breiten- als Spitzenleistungen. Weil sich nun aber fast alle mächtigen Lobbyisten mehr Profite von einer Markt-Medizin versprechen, verhindern sie erfolgreich die Befragung der Bürger, da sie mit Recht davon ausgingen, dass diese überwiegend ein solidarisches, wenn auch mit Nachbarschaftsanteilen weiter entwickeltes Sozial- und Gesundheitssystem bevorzugen würden.

3. Zudem hat uns der soziale und medizinische Fortschritt zwei menschheitsgeschichtlich völlig neue Bevölkerungsgruppen, zwei menschlich neue Seinsweisen beschert, die chronisch Kranken und die Alterskranken, die es noch im 19. Jh. nur vereinzelt gab, während sie im Laufe des 20. Jh. so gewachsen sind, dass sie heute bereits die Hälfte der Hausarzt-klientel ausmachen. Vor allem für die Alterskranken sehen wir aber heute noch nur das schon quantitativ überholte zweistufige System des 19. Jh. vor: Pflege entweder in der eigenen Wohnung oder im Altenpflegeheim. Beide Stufen dieses Systems sind aber mangels Masse mit ihrer Aufgabe immer mehr überfordert, die Wohnung wegen mangelnder Töch-

ter/Schwiegertöchter, das Heimsystem nicht nur wegen seiner Unbezahlbarkeit, sondern auch qualitativ, weil es immer weniger oder später gewählt wird, weshalb sein ursprüngliches Strukturprinzip der „gesunden Mischung“ zwischen Fitten und Nicht-Fitten allmählich durch eine Konzentration der Unerträglichkeit ersetzt wird, was es noch weniger wählbar macht. Um der sonst unvermeidlichen Katastrophe zuvor zu kommen, haben wir jetzt endlich wenigstens damit angefangen, eine dem 21. Jh. entsprechende alternative Zwischenstufe oder einen dritten Weg zu finden. Zumindest gibt es inzwischen eine kleine Bürgerbewegung zugunsten von stadtviertel-bezogenen, ambulanten Wohnpflegegruppen v. a. für Demente – natürlich mit Nachbarschaftsanteilen, weshalb man sie auch „nachbarschaftliche Haushaltsgemeinschaften“ nennen kann. Es ist dies eine Anpassung der Institution des Altenteils der vormodernen Agrargesellschaft an die Gegebenheiten der postmodernen Urbangesellschaft, freilich auch in Dorfgemeinschaften zu verwirklichen.

4. Der Satz „Weil du arm bist, musst du früher sterben“ hat alle medizinischen Fortschritte überdauert, gilt auch heute noch für fast alle ernsthaften Erkrankungen und wird bei der weiteren Öffnung der Schere zwischen Arm und Reich künftig eher noch mehr Geltung beanspruchen müssen. Heute wissen wir jedoch besser, dass dabei nicht nur Geld-Armut, sondern auch Beziehungs-Armut wirksam ist – eine weitere Herausforderung an unser aller Nachbarschaftspotenzial, der wir kaum enttrinnen können und zu der auch unsere gegenwärtige Neigung noch zu wenig beiträgt, uns in Vorbereitung auf die Widerfahrnisse unserer eigenen Alterung in neuen Wohnformen mit sozial Gleichen oder Gleichgesinnten zusammenzuschließen; denn es geht um kommunale Lebensformen von den Letzten, also etwa von den Dementen her.

5. Sollten wir aber nun nach all diesen Gründen keine Markt-Medizin und damit keine Marktgesellschaft wollen, sondern eher eine Gesellschaft, in der weiterhin Solidarität und Subsidiarität sich verwirklichen lassen, dann brauchen wir allerdings auch die dafür erforderlichen Institutionen. Diese aber waren immer vor allem die Familie, die Nachbarschaft, die Kommune und auch die Kirchgemeinde – also ausgerechnet diejenigen Institutionen, die im Zuge der Fortschritte der Modernisierung am meisten in ihrer Trag-

fähigkeit und Glaubwürdigkeit, weil als überholt und selbstbestimmungseinengend bewertet, beschädigt oder zerstört worden sind. Gerade diese Institutionen sind es offensichtlich, die wir in der postmodernen oder post-säkularen Gesellschaft am dringlichsten brauchen und mit Autorität und Potenzial wieder anzureichern haben. Hierzu gibt es keine Alternative. Dies gilt v. a. für die Nachbarschaft, zumal die Historiker inzwischen empirisch herausgefunden haben, dass unser Argument von der Tragfähigkeit der früheren, vormodernen Großfamilie ein Wunschtraum gewesen ist, da es auch schon früher Großfamilien allenfalls in den Oberschichten, jedoch kaum in den Mittelschichten und gar nicht in den Unterschichten gegeben hat. Vielmehr steht fest und gilt auch noch heute: die kleinste, sozial tragfähige Einheit für überdurchschnittlichen Hilfebedarf war nie die Familie, die es so isoliert auch gar nicht gegeben hat, sondern immer „Familie + Nachbarschaft“ oder noch korrekter „Haushalt + Nachbarschaft“. Nicht zufällig sehen zeitgenössische Philosophen wie E. Levinas und J. Derrida in der Wohnung oder dem Haushalt v. a. ein Tätigkeitspotenzial mit der Ursprungsbedeutung der Gastlichkeit – für alle jeweils Benachteiligteren.

Trotz allem dürfen wir uns nichts vormachen: Allein über Nachbarschaft nachzudenken ist heute nach wie vor gegen den mainstream gerichtet. Dagegen müssen sich alle wehren, die die Interessen von sozialen Institutionen oder sozialen Berufsverbänden zu vertreten haben, alle, die den Fortschritt als einen Prozess der bloßen Entlastung von Lasten nicht nur bis zu einem Optimum, sondern bis zu einem Maximum deuten, die für eine – ebenfalls maximale - Steigerung von mehr Selbstbestimmung und Freiheit der Individuen sind und damit für das Ziel der leidensfreien Gesellschaft, die die Abschottung des Haushalts nur als Modernisierungsgewinn wahrnehmen, denen ihr Sicherheitsbedürfnis an erster Stelle steht, die Leistungsqualität v. a. durch mehr Wettbewerb steigern wollen und die sich von der Steuerung der Gesellschaft durch mehr Markt am meisten versprechen – also irgendwie und irgendwo wir alle.

Wenn wir nicht alle noch ein anderes Bedürfnis hätten, ein un-modernes, verborgenes, fast verschämtes Bedürfnis, ein Bedürfnis, dass weniger der

griechischen Denktradition Europas mit dem Ich im Mittelpunkt, sondern mehr der biblischen Denktradition Europas mit dem Anderen im Mittelpunkt entspricht: Jeder von uns hat auch das Bedürfnis nach einem bestimmten Tagesquantum an Bedeutung für Andere, gebraucht zu sein, notwendig zu sein für Andere, eine Rolle zu spielen, eine Last für Andere zu tragen – bloß nicht zuviel, aber doch auch nicht zu wenig; denn hätten wir keine Bedeutung für Andere, könnten wir auf keine andere Weise wirklich gesund sein. Diese Bedeutung für Andere können wir zwar beim besten Willen, nämlich nach unserem gesund-egoistischen, natürlichen Willen nicht wollen; wohl aber können wir dies widerwillig, zähneknirschend wollen, und so müssen wir es sogar wollen – unserer Gesundheit zuliebe. Dass dies so ist, spürt jeder bei sich selbst. Es ist also geradezu eine List der Vernunft, dass wir dieses Bedürfnis nach Bedeutung für Andere, diese Bereitschaft zum Lastenausgleich als geradezu bei jedem Menschen gegeben, schlicht unterstellen können. (Ich habe dies breiter ausgeführt in: „Der gute Arzt“, Stuttgart: Schattauer 2002 und in: „Die Gesundheitsfalle“, München: Econ 2003.)

Natürlich war ich genauso mainstreamisiert wie alle anderen. Nur durch eigene praktische Erfahrungen habe ich mich eher unfreiwillig von der Bedeutung der Nachbarschaft überzeugen lassen. Als wir nämlich im psychiatrischen Landeskrankenhaus Gütersloh alle 435 Langzeitpatienten in eigene Wohnungen und Arbeitsmöglichkeiten, überwiegend mit nur ambulanter Betreuung, entließen, stellte sich heraus, dass dies nur dann möglich ist, wenn aus der Bürgerschaft der Stadt und des Landkreises Gütersloh eine Nachbarschaft würde oder wenn die lästigen, vielleicht gefährlichen und daher vom freien Willen der Bürger angstvoll abgewehrten psychisch Kranken und Behinderten ihrerseits Nachbarn würden. Wir hatten also zu lernen, dass es absolut notwendig ist, dass die Bürger widerwillig ihr Nachbarschaftspotenzial entdeckten und dass dies auch möglich war, wenn wir nicht nur die Angst-Perspektive der Behinderten, sondern auch und noch mehr die Angst-Perspektive der Bürger einnehmen würden, weshalb wir über viele Jahre mehr Zeit, Zuwendung, Aufmerksamkeit, Phantasie und Liebe für die Bürger als für die Behinderten

aufgewandt haben. Am wichtigsten war dabei unser Verzicht auf jeglichen moralischen (Mitleids-) Appell und stattdessen unsere Beschränkung darauf, mit allen nur denkbaren Mitteln, die statistische Wahrscheinlichkeit der Begegnung der Bürger mit und ohne Behinderung zu vergrößern und vertrauensvoll wirken zu lassen. Anders lassen sich 100 Jahre Fremdheit, bewirkt durch die Mauern der Institution und der Professionalisierung und erlebt als Modernisierungsfortschritt, nicht verüberflüssigen. Ein Anti-Stigmatisierungsprogramm hingegen hätte das Misstrauen der Bürger berechtigterweise nur vergrößert. Die Bürger haben unsere Geduld belohnt, indem wir nach 15 Jahren klima-prägend immer wieder Äußerungen hören konnten wie: „Mit den übrigen Behinderten der Welt haben wir nichts am Hut, aber das sind unsere psychisch Kranken und Behinderten, die gehören zu uns, zu unserer Vollständigkeit, für die sind wir daher bereit, uns krumm zu machen und manches in Kauf zu nehmen, Äußerungen, die 15 Jahre zuvor undenkbar gewesen wären.“

Vor dem Hintergrund meines historischen, ökonomischen, politischen, anthropologischen (auch architektonischen und städteplanerischen) Wissens und noch mehr auf der Basis meiner praktischen Erfahrungen versuche im Folgenden erstmals, in 15 behutsam beschreibenden Thesen das zur Diskussion zu stellen, was ich bis heute zu den Bedingungen der Möglichkeit, zur Funktionsweise und zur Bedeutung von Nachbarschaft weiß; es wäre schön, wenn andere dies aus ihren Erfahrungen ergänzen würden:

1. Die Organisationsform von Nachbarschaft muss extrem variabel sein, kann nur aus den jeweiligen lokalen situativen Gegebenheiten entwickelt werden – und nur von den ansässigen, einheimischen Bürgern; jede Implantation von der überörtlichen Ebene etwa einer Behörde oder eines Wohlfahrtskonzerns wäre zum Scheitern verurteilt.
2. Sie umfasst ein Stadtviertel, ein Quartier, Stadtteil, einen Block oder eine Dorfgemeinschaft in der Größenordnung zwischen dem Einzugsbereich einer Grundschule oder einigen Kirchengemeinden. In den meisten Regionen haben wir daher erst wieder zu lernen, in der lebensweltlichen Einheit „unser Viertel“ zu fühlen, zu denken und zu handeln.

3. In ihrem Selbstverständnis ist Nachbarschaft die kleinste politische Einheit der demokratischen Selbstverwaltung der Bürger. Die amerikanische Stadt mit der größten Lebensqualität, Seattle (540 000 Einwohner), besteht aus 100 Nachbarschaften, in einer eigenen Behörde repräsentiert; in einer so ausgereiften Form verfügt die Nachbarschaft über eigene Organe der politischen Willensbildung und eigene Finanzmittel. Für letztere gibt es in Deutschland im Rahmen des neuen Jugendhilfegesetzes eine Vorform als „Sozialraumbudget“, woran sich immerhin anknüpfen ließe.

4. In der Praxis entstehen Nachbarschaftsinitiativen natürlich in aller Regel über den einen oder anderen Einzelfall, dann auch über die Sorge für eine Betroffenenengruppe. Im Prinzip bezieht sich Nachbarschaft jedoch unspezialisiert auf alle Sorgebedürftige einer Region, was Synergien zwischen unterschiedlichen Gruppen ermöglicht. So gibt es etwa in München einen ambulanten Pflegedienst „Weiße Feder“, der aber zugleich eine Zuverdienstfirma für psychisch Kranke ist, wodurch Alterspflegebedürftige und junge psychisch Kranke sich gegenseitig valorisieren, sich Bedeutung für Andere geben können.

5. Die Solidarität der Nachbarschaft wirkt nur subsidiär, als Notwendigkeit, wenn private und professionelle Ressourcen nicht reichen, ist daher meist nicht ideal, sondern nur notdürftig.

6. Ein Bürger wird nachbarschaftlich nur tätig, wenn er sich genötigt sieht. Er belastet sich mit Lasten nur, wenn er sich der Not in sinnlich erlittener Nähe nicht mehr entziehen kann, also primär widerwillig. Erst sekundär, wenn daraus eine Gewohnheit geworden ist, von der er weiß, dass er sie nicht mehr ändern kann, wird er seine Situation vernünftigerweise nicht mehr nur negativ, sondern auch positiv interpretieren, etwa in dem Sinne, dass dies ein Lastenausgleich sei und dass seine dadurch gewonnene Bedeutung für Andere auch seiner Gesundheit diene.

7. Nachbarschaft vermehrt die Zahl der Schultern zum Tragen einer Last quantitativ nur so weit, dass alle Beteiligten auch noch zu ihren eigenen Interessen kommen, etwa die Schwiegertochter für den Alterspflegebedürftigen.

8. Nachbarschaft macht ein privates Sorgesystem aber auch qualitativ tragfähiger, was meist zu wenig bedacht wird: Wenn ich für ein sorgebe-

dürftiges Mitglied meiner Familie da bin, tue ich das aus familiärer Liebe. Wenn mich dies aber 24 Stunden am Tag fordert, dann kann sich diese überbeanspruchte Liebe auch in Hass und Gewaltanwendung ausdrücken, wie allgemein bekannt. Hier wird die Beteiligung eines Nachbarn als eines distanzierteren Fremden abkühlend und daher für alle gesundheitsfördernd wirksam.

9. Nachbarschaft ist grundsätzlich auf Gegenseitigkeit angelegt, was die Motivation zum widerwilligen Wollen fördert, denn vielleicht kann ich ja später auch davon profitieren. Dieses nachbarschaftliche Wechselspiel bleibt aber nur lebendig, solange es ein Spiel zwischen Laien-Bürgern bleibt. Lasse ich mich über ein notwendiges Minimum hinaus durch Fortbildung qualifizieren, bin ich irgendwann vom Profi nur noch schlecht unterscheidbar, was der Absicherung zuliebe die Lebendigkeit dieser Beziehung gefährdet. Schon die tätige Sorge- oder Pflegebeteiligung auch nur eines Bürgers (als Angehöriger, Freund, Nachbar oder Freiwilligen) macht einmal klar, dass die Profis z. B. des ambulanten Pflegedienstes ihn ergänzend in seinem Dienst stehen; zum anderen verbietet es die bloße Existenz eines solchen Bürgers, dass hier von „Kunde“, „Markt“ oder „Ware“ gesprochen werden kann!

10. Das eigentliche Geheimnis der Wirksamkeit von Nachbarschaft ist deren territoriale Begrenzung der Verantwortung. Nur wenn ich die Grenzen meiner Zuständigkeit geradezu umschreiten kann und sicher sein darf, dass ich von der Verantwortung für das Elend der restlichen Welt freigesprochen bin, kann ich mein Engagement für mein Territorium in anfangs ganz unerwarteter Weise vervielfachen: „Nur für unsere Sorgebedürftigen machen wir uns krumm, nicht für die anderen.“ So gehört zur Nachbarschaft auch eine unvermeidlich mitlaufende fremdenfeindliche Gefahr, von der wir freilich heute – nahe am anderen Extrem – meilenweit entfernt sind, gleichwohl wach dafür sein müssen. Hier mag das ökologische Motto hilfreich sein: „Global denken, lokal handeln“.

11. Nachbarschaft ist auch eine Haltung, die ich einnehme, was meiner Motivation hilft. Dieser Haltung entsprechen in jedem Kulturhaushalt normative Werte, Tugenden. In unserer Kultur eignet sich dafür vielleicht am ehesten die Tugend der Zivilcourage, also der Großherzigkeit der Bezie-

hungen zwischen Bürgern. Auch Demut, im Sinne von Dienst-Mut, ist hier einschlägig; denn bei der wünschenswerten Wechselseitigkeit und Partnerschaftlichkeit der Beziehung zwischen Bürgern stellt sich stets die peinliche Frage, wer mit der Wechselseitigkeit anfängt. Damit sie überhaupt stattfindet, habe ich damit anzufangen. Das ist mit Dienen – ohne die Erwartung von Dank oder Gegenliebe – gemeint. Zudem ist Dienen das Gegenteil von markt-gesteuerter Dienstleistung, macht beides unterscheidbar. Schließlich hat sich unlängst der Tugendbegriff „Solidarität unter Fremden“ (H. Brunkhorst, Frankfurt 1997) bewährt.

12. Nachbarschaft funktioniert um so besser, a) je öffentlicher die Sorgebedürftigen sichtbar sind; b) je mehr Gelegenheiten zum Helfen sinnlich erfahrbar werden; c) je gleichmäßiger die „Besiedlung“ mit Sorgebedürftigen erfolgt; d) je mehr städteplanerisch die mit der Industrialisierung und Modernisierung erfolgte Entmischung der sozialen Schichten zurückgebaut wird, Beziehungs-arme und Beziehungs-reiche vermischt leben, z. B. das Viertel Hulme in Manchester (D. Rodlin u. a.: Building the 21st Century Home, Oxford: Architectural Press, 1999); und e) je mehr Haushalte und Straßengemeinschaften nicht nur als Wohn-, sondern auch als Tätigkeitsräume erfahren werden können, Wohnungen als Gasthäuser, Straßen als öffentliche Gemeinschaftsräume – hier ist der Ikea-Slogan genial: „Wohnst du noch oder lebst du schon?“.

13. Je sicherer ich mich in meiner Wohnung fühle, desto eher werde ich Öffentlichkeit und auch Nachbarschaft riskieren; auch hierfür gibt es in dem gerade zitierten Buch von Rodlin Beispiele.

14. Kristallisationskerne für Nachbarschaftsinitiativen sind insbesondere Angehörige, aber auch ambulante Pflegedienste, viertel-sensible Bürger, Kirchengemeinden und nicht zuletzt Hausärzte, die hier zum Teil schon „verkuppelnd“ tätig sind. Unter den Bevölkerungsgruppen ist v. a. an die Ressourcen der Bürger im 3. Lebensabschnitt zu denken. So haben sich z. B. 80 solcher Bürger eines Stadtviertels von Minden zusammengetan, um den Wunsch ihrer Mitbürger im 4. Lebensabschnitt zu erfüllen, in ihren eigenen vier Wänden sterben zu können, was ihnen nicht ganz, jedoch überwiegend gelungen ist. Ob sie den Ball nach 15-jähriger Tätigkeit an die nächstjüngere Generation weitergeben und damit eine Tradition stiften

können, ist noch offen. Darüber hinaus ist aber auch an die Bürger zu denken, deren Kinder aus dem Haus gegangen sind und – auf andere Weise – auch an die strukturell Langzeitarbeitslosen.

15. Ob sich aus den unendlich vielen nachbarschaftlichen Initiativen in Deutschland so etwas wie eine Nachbarschaftsbewegung entwickeln kann, entscheidet sich vermutlich an der Schicksalsfrage unserer Gesellschaft, ob es nämlich zum dritten Weg der Lebensmöglichkeiten für die Altersdementen kommt, also zu einer flächendeckenden Verbreitung der „nachbarschaftlichen Haushaltsgemeinschaft um die Ecke“, damit die altersdementen Bürger zwar vielleicht die Vertrautheit ihrer Wohnung, jedoch nicht die Vertrautheit ihres Viertels verlieren, was nur mit Hilfe nachbarschaftlicher Initiativen über die jetzt schon vorhandenen 130 Projekte hinaus möglich sein wird. Denn dies käme einer neuen bürgerschaftlichen Bewegung gleich, die in dem Wechselspiel zwischen Staat, Markt und Gesellschaft verhindert, dass der Markt die beiden anderen Sektoren bedeutungslos macht, die verhindert, dass die Gesellschaft zur Marktgesellschaft wird und die zum Kern einer wirklichen Zivilgesellschaft werden könnte, die dann nicht mehr „dritter Sektor“ heißt, weil sie wieder zum ersten Sektor geworden wäre, in deren Dienst sowohl der Staat als auch der Markt, von den Bürgern kontrolliert, zurückzutreten hätten, wie dies menschheitsgeschichtlich entstanden und dann ja wohl auch vorgesehen ist.